



ДОГОВІР МЕДИЧНОГО СТРАХУВАННЯ
ІНОЗЕМНИХ ГРОМАДЯН під час перебування на
території України // *INSURANCE MEDICAL*
CONTRACT for non-residents in Ukraine
(індивідуальна частина)

місце укладення:	Kiїв	дата укладення (dated)
Програма ВІЗА		
№	-033	. .20 p.

1. СТРАХОВИК (THE INSURER)

Приватне акціонерне товариство "Страхова компанія "Еталон"
03057, м. Київ, вул. Дегтярівська, 33-б, 2 під'їзд, код ЄДРПОУ 20080515, office@etalon.ua
IBAN UA23 305299 00000 26506000100344 в АТ КБ "ПриватБанк"
тел. 0-800-305-800, 0(44) 392-03-16 (цілодобово); <http://www.etalon.ua>

2. СТРАХУВАЛЬНИК (THE INSURED)

П.І.Б. / full name		паспорт (passport)		серія, номер (series, #)	
дата народження (date of birth)	. .20 p.	Тел.(phone)		e-mail:	
адреса перебування в Україні (address in Ukraine)					

Страховальник не є громадянином Російської Федерації та Республіки Білорусь.

далі разом по тексту – Сторони, а кожен окремо – Сторона, відповідно до Закону України "Про страхування", ліцензії Держфінпослуг України серія АВ №469859 від 28.07.2009 р., Загальних умов страхового продукту "Медичне страхування іноземних громадян під час перебування на території України", що є пропозицією-офертою (надалі – ЗУСП-Оферта), затверджених Рішенням Правління №03/24-03/1 від 08.01.2024 р. з датою початку дії з 20.01.2024 р. та розміщених на офіційному веб-сайті Страховика за посиланням: http://www.etalon.ua/c39d355dc36f5a26d2fd1c7c4f9221f/zagalni_umovy/ingr/ уклали цей Договір медичного страхування іноземних громадян під час перебування на території України (далі – Договір) за **Класом страхування 2 "Страхування на випадок хвороби (у тому числі медичне страхування)"**:

3. ЗАСТРАХОВАНА ОСОБА (the Insured person) (обране позначити)

<input type="checkbox"/> Страховальник (the Insured)	<input type="checkbox"/> зазначена нижче особа (or the person listed below):		
П.І.Б. / full name		дата народження (date of birth)	. .20 p.
адреса перебування в Україні (address in Ukraine)			

Страховальник зобов'язується повідомити Застрахованих осіб про укладений на їх користь Договір (the Insured is obliged to inform the Insured person about this concluded Contract).

4. СТРАХОВИЙ ВИПАДОК (СТРАХОВІ РИЗИКИ) (Insured accident)	звернення Страховальника (Застрахованої особи) під час дії цього Договору до Асистуючої компанії та/або відповідного державного медичного закладу з приводу гострого захворювання (в т. ч. лабораторно підтвердженого інфікування вірусом COVID-19), розладу здоров'я внаслідок нещасного випадку, та отримання необхідної медичної допомоги, а також у разі примусового розміщення Страховальника (Застрахованої особи) в обсерваторії, пов'язане з ризиком поширення COVID-19. <i>appeal of the Insured (Insured Person) during this Contract to the Assistance and/or state medical institution regarding acute illness (including laboratory confirmed infection with COVID-19), health disorder due to an accident, and obtaining the necessary medical care, and in case of forced placement of the Insured (Insured Person) in the observatory, associated with the risk of spreading COVID-19.</i>
---	---

5. СТРОК ДІЇ*	з 00 ⁰⁰	. .20 p.	по 24 ⁰⁰	. .20 p.	6. СТРАХОВА СУМА*	грн./UAH
---------------	--------------------	----------	---------------------	----------	-------------------	----------

* страхова сума становить гривневий еквівалент **30 000 євро/EUR** на дату укладання Договору.

7. СТРАХОВИЙ ТАРИФ	%	8. СТРАХОВИЙ ПЛАТІЖ	грн./UAH	9. ДАТА СПЛАТИ страхового платежу, кінцева	. .20 p.
--------------------	---	---------------------	----------	--	----------

*Договір набуває чинності з дати, зазначеної у п. 5 Договору як початок дії Договору, але не раніше 00 год. 00 хв. (за київським часом) дати, наступної за датою надходження страхового платежу на рахунок Страховика. Страховий платіж має бути сплачений одноразово в повному розмірі до дати, передбаченої в п. 9 Договору.

10. ТЕРИТОРІЯ ДІЇ	територія України, яка на момент настання страхового випадку не є тимчасово окупованою територією та на якій присутні та функціонують місцеві органи влади та правопорядку України.
-------------------	---

11. ДОДАТКОВІ УМОВИ (ADDITIONAL CONDITIONS)

Асистуюча компанія/Assistance: (044) 238 69 70; 0 800 500 108;
viber +38 (097) 509 53 06 (смс); help@lic.kiev.ua

Ліміт відповідальності на один страховий випадок (*limit per one insured accident*) становить 10 000,00 грн./УАН. Ліміт відповідальності у випадку обсервації (*limit in case of observation*) становить 5% від ліміту відповідальності на один страховий випадок (*5% of limit per one insured accident*).

Страховик не оплачує медичні витрати, що не були узгоджені з Асистуючою компанією чи Страховиком. Медична допомога надається на базі державних або відомчих медичних закладах. *The Insurer doesn't pay for medical expenses haven't been agreed with the Assistance. Medical care is provided in state medical institutions.*

Страхувальник підтверджує відсутність укладених договорів страхування стосовно об'єкту цього Договору у Застрахованих осіб. *The Insured confirms the absence of concluded insurance contracts regarding this Contract subject with the Insured Person.*

12. ПОРЯДОК ЗДІЙСНЕННЯ СТРАХОВОЇ ВИПЛАТИ. ПЕРЕЛІК ДОКУМЕНТІВ ДЛЯ ВИПЛАТИ

12.1 При настанні страхового випадку Страховик відшкодовує витрати понесені Страхувальником (Застрахованою особою) під час перебування на території України в межах лімітів відповідальності на один страховий випадок, передбачених цим Договором.

12.2 Страховик відшкодовує витрати на:

– **невідкладну (швидку) медичну допомогу**, а саме: виїзд бригади швидкої медичної допомоги; експрес діагностику та невідкладну допомогу на догоспітальному етапі; забезпечення медикаментами та витратними медичними матеріалами; доставку каретою швидкої медичної допомоги до державного або відомчого медичного закладу для проведення лікування (***Emergency help: organization of emergency Call service; ambulance, express diagnostic and emergence help before hospitalization; medicaments, dressings and other medical materials; transportation to a state medical institution by the ambulance car***)

– **екстрене стаціонарне лікування**, що передбачає лікування (в т.ч. перебування та харчування) в умовах стаціонару державних медичних закладів при наявності хвороб та станів, що потребують термінового стаціонарного лікування, а саме: консультації спеціалістів, в т.ч. лікарів вузькопрофільної спеціалізації; консультативно-діагностичне обслуговування; консервативне та оперативне лікування; забезпечення медикаментами та витратними медичними матеріалами (***Emergency inpatient treatment at the state medical institution (hospital): consultations; diagnostics; urgent conservative and surgical treatment; medicaments, medical materials etc.***)

– **обсервацію**, а саме: витрати на перебування в обсерваторах, харчування, медичне обстеження у випадках, якщо згідно з діючим законодавством України обсервація Страхувальника (Застрахованої особи) є необхідною одразу після перетину кордону України (***Observation: expenses for stay in observatories, food, medical examination in cases if according to the current legislation of Ukraine observation of the Insured (Insured Person) is necessary immediately after crossing the border of Ukraine***).

12.3 У випадку самостійної оплати Страхувальником (Застрахованою особою) медичних послуг, але за умови обов'язкового попереднього погодження з Асистуючою компанією, Страховик здійснює страхову виплату Страхувальнику (Застрахованій особі) на підставі документів, зазначених в Договорі.

12.4 При здійсненні страхової виплати відповідна страхова сума (ліміт відповідальності) на конкретну Застраховану особу зменшується на розмір страхової виплати з дати настання страхового випадку.

12.5 страхова виплата здійснюється шляхом перерахування коштів на рахунок Асистуючої компанії, медичного закладу, який надав медичну допомогу, на підставі документів, що підтверджують факт настання страхового випадку та визначають вартість фактично наданої (необхідної) медичної допомоги.

12.6 страхова виплата здійснюється Страхувальнику (Застрахованій особі, Вигодонабувачу) на підставі заяви Страхувальника (Застрахованої особи, Вигодонабувача) і страхового акта, який складається Страховиком або уповноваженою ним особою у формі, що визначається Страховиком.

12.7 Протягом 10 (десяти) робочих днів з дня отримання всіх необхідних документів відповідно до Договору, Страховик складає страховий акт та приймає рішення про здійснення страхової виплати або про відмову у здійсненні страхової виплати.

12.8 У разі прийняття рішення про здійснення страхової виплати страхова виплата здійснюється Застрахованій особі (Вигодонабувачу) впродовж 10 (десяти) робочих днів з дня складення страхового акту.

12.9 У разі прийняття рішення про відмову у страховій виплаті Страховик протягом 5 (п'яти) робочих днів з дня прийняття такого рішення повідомляє про це Страхувальника (Застраховану особу, Вигодонабувача) в письмовій формі з обґрунтуванням причини відмови.

12.10 Для підтвердження настання страхового випадку та розміру витрат, та у разі їх самостійної оплати, Страхувальник (Застрахована особа) надає Страховику наступні документи:

12.10.1 оригінали таких документів:

- примірник Договору, що належить Страхувальник (у випадку укладання Договору в паперовій формі);
- письмове повідомлення про настання події, що має ознаки страхового випадку;
- письмова заява на виплату страхового відшкодування за формою Страховика;
- висновок про наявність алкогольного, токсичного або наркотичного сп'яніння у Страхувальника (Застрахованої особи) в момент страхового випадку (якщо Застраховану особу було направлено на такий огляд працівниками Національної поліції або іншого компетентного державного органу).

12.10.2 оригінали (для копіювання), або належним чином посвідчені копії таких документів:

- копія документу, що посвідчує особу, яка звернулася за страховою виплатою;
- документ, що посвідчує право перебування Страхувальника (Застрахованої особи) на території України;
- довідка медичного закладу (виписку з медичної карти, виписного епікризу) про стаціонарне лікування Страхувальника (Застрахованої особи) із зазначенням строку лікування, діагнозу захворювання, причинами, що викликали захворювання, загальними висновками лікаря, підписана уповноваженою особою медичного закладу та завірена печаткою цього закладу;
- оригінали деталізованих рахунків щодо наданих медичних та медико-транспортних послуг;
- квитанції про оплату наданих медичних та медико-транспортних послуг;
- рецепти з назвами ліків, завірені відповідним лікарем;
- чеки/квитанції про оплату придбаних медикаментів;
- позитивний результат лабораторного тесту ПЛІР щодо виявлення COVID-19;
- документи, що підтверджують витрати, пов'язані з примусовим перебуванням Страхувальника (Застрахованої особи) в обсерваторії, пов'язане з ризиком поширення вірусу COVID-19: витрати на харчування, проживання в обсерваторах, медичне обстеження тощо;
- інші документи на письмовий запит Страховика.

13. ПОРЯДОК ДІЙ У РАЗІ НАСТАННЯ ПОДІЇ, ЩО МАЄ ОЗНАКИ СТРАХОВОГО ВИПАДКУ (THE INSURED PERSON ACTIONS AT THE INSURED EVENT OCCURRENCE)

13.1 Якщо під час здійснення подорожі на території України у Застрахованої особи виникне потреба в отриманні невідкладних медичних послуг, Застрахована особа зобов'язана якнайшвидше, але не пізніше 24 годин, якщо цьому не перешкоджали об'єктивні причини:

13.1.1 звернутися до **Асистуючої компанії** за телефоном, зазначеним в Договорі. (*To contact the Assistance by the telephones, indicated on this Contract, and obtain instructions regarding further actions*).

Якщо Застрахованій особі необхідна екстрена медична допомога, а повідомити про це неможливо до початку її отримання, то Застрахована особа може самостійно звернутися до медичного закладу згідно умов Договору, що має відповідний дозвіл на здійснення медичної діяльності в Україні та пред'явити Договір. В цьому разі таке повідомлення передається Асистуючій компанії або Страховику відразу, як тільки це стане можливим, але не пізніше ніж протягом 24 годин з моменту отримання такої допомоги. Таке повідомлення може бути передане будь-якою особою, що діятиме від імені Застрахованої особи: її родичами, працівниками медичного закладу тощо. (*If the Insured person without real reasons had not contact with the Assistance for receiving of the assistance (service) and as a result of this paid for rendered medical services himself/herself the Insured person will be obliged to agree upon rendered services and its payment with the Assistance or the Insurer within 24 hours after such reference. If the Insured person did not agree the rendering of medical and other services during 24 hours the Insurer has the right to refuse in insurance indemnity for this event*).

13.1.2 повідомити Асистуючій компанії: назву Страховика, номер Договору та строк його дії; точне місцезнаходження Застрахованої особи, контактний телефон; прізвище та ім'я Застрахованої особи; опис того, що трапилося, та характер необхідної допомоги; розмір страхової суми та обрану Програму страхового продукту. *Give to the Assistance the following information: name of Insurance Company, the Contract number and validity period; full name of the Insured person; exact location of the Insured person, contact telephone; the Sum insured; description of occurrence and what kind of help is needed.*

13.1.3 після звернення до Асистуючої компанії виконувати її рекомендації щодо подальших дій. За вимогою представника Асистуючої компанії - надати документи, що підтверджують її особу. *After contacting the Assistance to carry out its instructions regarding his/her further actions. By request of the Assistance's representative the Insured person must tender the documents confirmed its person.*

14. ПОРЯДОК РОЗГЛЯДУ ЗВЕРНЕНЬ СПОЖИВАЧІВ СТРАХОВИКОМ

14.1. Захист прав споживачів здійснюється відповідно до законодавства про захист прав споживачів та законодавства у сфері ринків фінансових послуг. Споживачі мають вільний доступ до інформації про страхові послуги, що надаються Страховиком на офіційному веб-сайті Страховика, а також безпосередньо у місцях надання послуг. Отримання вичерпної інформації також можливе через звернення до Інформаційного центру Страховика в телефонному режимі, а також через листування та електронну пошту.

14.2. У разі виникнення спірних питань споживач має право звернутись до Страховика особисто, на електронну пошту info@etalon.ua, адреса для листування: м. Київ, 03067, а/с № 12 або за посиланням http://www.etalon.ua/off-line/press_centre/otziv/r.php. Порядок звернень, а також порядок і терміни їх розгляду передбачений в Порядку звернень (скарг) споживачів, розміщений за посиланням: <http://www.etalon.ua/infoclient>.

14.3. Споживач, не залежно від розгляду його звернення Страховиком, в будь-який момент має право звернутись до Національного банку України із відповідним зверненням щодо порушення його прав як споживача фінансових послуг за посиланням: <https://bank.gov.ua/ua/consumer-protection>, або до суду.

14.4. Орган, що здійснює державне регулювання – Національний банк України. Місцезнаходження: вул. Інститутська, 9, м. Київ, 01601. Тел.: **0 800 505 240**. Е-mail: nbu@bank.gov.ua, Web-сайт: www.bank.gov.ua.

14.5. Орган з питань захисту прав споживачів – Державна служба України з питань безпеки харчових продуктів та захисту споживачів. Місцезнаходження: 01001, м.Київ, вул.Б.Грінченка, 1. Тел.: **044 279 12 70**. E-mail: gu@dpss.gov.ua, Web-сайт: www.dpss.gov.ua

15. ІНШІ УМОВИ

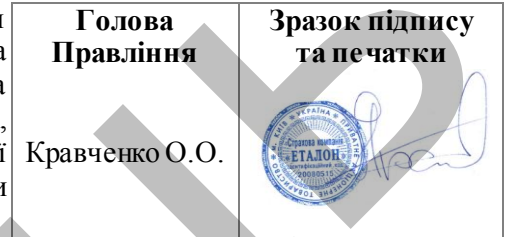
15.1. Частка витрат, пов'язаних безпосередньо з укладенням і виконанням цього Договору становить **60%** від страхової премії.

15.2. Продовження строку дії Договору не передбачається.

15.3. Підписанням цього Договору Страхувальник підтверджує, що вся інформація, надана під час його укладення є повною і достовірною, приєднується до ЗУСП-Оферти та погоджується дотримуватися умов, викладених в них, в тому числі Страхувальник надає згоду на обробку Страховиком його персональних даних.

15.4. Договір, що є першим, основним або яким встановлюються ділові відносини, укладається у формі паперового документа з проставленням власноручних підписів Сторін або у формі електронного документа з проставленням особи кваліфікованого електронного підпису (КЕП), удосконаленого електронного підпису (УЕП) (на період воєнного часу) особи, уповноваженої Страховиком на підписання Договорів, та електронного підпису споживача.

В подальшому Сторони дійшли згоди щодо можливості використання Страховиком факсимільного відтворення підпису та печатки Страховика за допомогою засобів механічного чи іншого копіювання, КЕП (УЕП (на період воєнного часу) чи іншого аналогу власноручного підпису на умовах, передбачених законодавством. Зразок підпису особи, уповноваженої підписувати такі договори від імені Страховика, а також відбитка печатки Страховика:



15.5. Страховик несе майнову відповідальність за несвоєчасне здійснення страхової виплати шляхом сплати одержувачу страхової виплати пені у розмірі **0,01%** від суми простроченого платежу за кожний день прострочення, але не більше подвійної облікової ставки НБУ, що діє під час виникнення заборгованості від суми, що підлягає сплаті.

15.6. Цей Договір не є додатковим до інших товарів, робіт та послуг, що не є страховими. Інші істотні умови цього Договору, передбачені ст.982 Цивільного кодексу України та ст.89 Закону України "Про страхування", містяться в ЗУСП-Оферті.

16. ПІДПИСИ СТОРІН (the parties signatures)

СТРАХУВАЛЬНИК (Insured)

п.і.б./full name

pidnuc/signature

СТРАХОВИК (Insurer)

довіреність № _____ від _____ .20 р.

п.і.б./full name

М.П.

pidnuc/signature